

ਆਪਣੀ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਫੌਨ ਕਰੋ:



## ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ



ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਸਿਰਫ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ 19 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੋਤਾਂ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬੀਮੇ ਲਈ ਹੈ। ਬੱਚੇ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬੱਚੇ ਆਪਣੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਭੇਜਾਂਗੇ ਜਿਸ ਦਾ ਨਾਂ ਬਖਸ਼ ਨੰਬਰ 1 ਵਿਚ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮਨ ਵਿਚ ਕੁਝ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲੈਣਾ ਚਾਹੋ ਤਾਂ 1-877-543-7669 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰ ਦਿਓ। ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਕੇ ਖੁਸ਼ੀ ਹੋਵੇਗੀ!

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਈ ਜਾ ਨੀਂਹੀ ਸਿਆਹੀ ਨਾਲ ਵੱਡੇ ਅਖਰਾਂ ਨਾਲ ਲਿੱਖੋ। ਪੈਸਿਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾ ਕਰੋ। (ਮਤਾ/ਪਿਤਾ, ਗਾਰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਸੰਪਰਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿੱਖੋ ਜਿਸ ਨੂੰ ਬਾਅਦ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇ)

1 ਨਾਂ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਭਾਗ	ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਭਾਗ ਦੇ ਮੁੱਢਲੇ ਅੱਖਰ			ਉਪ-ਨਾਂ
2 ਤੁਹਾਡਾ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ	ਗਲੀ/ਮਾਰਗ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਸਿਪ ਕੋਡ
3 ਭਾਵ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)	ਗਲੀ/ਮਾਰਗ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਸਿਪ ਕੋਡ
4 ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ  ਘਰ ਦਾ ( ) ਕੰਮ ਦੀ ਜਾਂ ਦਾ ( ) ਸੁਨੋਹੇ ਲਈ ( )	5 ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਣ, ਪੜ੍ਹਨ ਜਾਂ ਲਿੱਖਣ ਵਿਚ ਕਠਨਾਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ? ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਕੁਪ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜ ਹੈ? _____ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਸੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? (ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਦੁਭਸੀਏ ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਾਂਗੇ) ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ? _____		ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>	
	6 ਕੀ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ ਅਜੇਹੀ ਹੈ ਕਿ ਉਸਨੂੰ ਫੌਰਨ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ? ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿਚ ਕੋਈ ਗਰਭਵਤੀ ਇਸਤਰੀ ਹੈ? ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਕੌਣ? _____		ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>	

### ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ

7 ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਇਕੱਠੇ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਲਿੱਖੋ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਵੱਖਰੇ ਕਾਗਜ਼ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਬਾਕੀ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਲਿਖ ਕੇ ਕਾਗਜ਼ ਨਾਲ ਲਗਾ ਦਿਉ)	ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਜਨਮ ਦੀ ਤਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਸੋਸਾਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ * = ਲਾਜ਼ਮੀ ਨਹੀਂ ਹੈ	ਲਿੱਗ ਪੁਰਸ਼ ਜਾਂ ਇਸਤਰੀ	ਯੂ.ਐਸ. ਦੇ ਨਗਰਿਕ ਹਾਂ ਨਹੀਂ	ਜੇ ਬੱਚਾ ਯੂ.ਐਸ ਦਾ ਨਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਅੱਗੇ ਭਰੋ
A. ਮਤਾ/ਪਿਤਾ, ਗਾਰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਕੁਦ			*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ਕੀ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਸਦੀ ਸਹਿਯੋਗ ਵਿਖਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ?
B. ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਮਤਾ/ਪਿਤਾ ਵਿਚੋਂ ਛੂਜਾ (ਜੇ ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹੋਵੇ)			*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ਹਾਂ ਨਹੀਂ	ਹਾਂ ਨਹੀਂ
C. 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਕਿਸੋਤਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਲਿੱਖੋ (ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਭ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. ਘਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਵੱਡਿਆਂ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਨਾਂ ਲਿੱਖੋ (ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਭ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ)			*			ਨੋਟ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ (ਸਟੇਟਸ) ਵਿਖਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨਾਲ ਲਗਾਓ।
8 ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਵਿਚ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ ਕੋਈ ਬੱਚਾ ਅਸਮਰਤਾ ਤੋਂ ਪੀਤੜ ਹੈ? ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਕੌਣ? _____			*			

**ਖਰਚ** ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਯੋਗ ਪਾਏ ਜਾਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

9 ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਤੇ ਖਰਚਾ ਕਰਦੇ ਹੋ? ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਕਿੰਨ੍ਹਾਂ? \$ _____	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮੇਂ ਕਿਸੇ ਅਸਮਰਤਾ ਤੋਂ ਪੀਤੜ ਬਾਲਗ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਖਰਚਾ ਕਰਦੇ ਹੋ? ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਕਿੰਨ੍ਹਾਂ? \$ _____
10 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿਚ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ ਕੋਈ ਬੱਚਾ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਹੁਕਮ ਤੇ ਗੁਜ਼ਾਰੇ ਲਈ ਖਰਚਾ ਦੇਂਦੇ ਹੋ? ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਕਿੰਨ੍ਹਾਂ? \$ _____	

**ਅਮਦਨੀ** ਆਪਣੀ ਕੁਲ ਤਨਖਾਹ ਲਿੱਖੋ (ਟੈਕਸ ਜਾਂ ਖਰਚੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ)।

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਅਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਾਲ ਲਗਾਓ)

11	ਮਤਾ/ਪਿਤਾ ਨੂੰ ਨੋਕਰੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਆਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ( )
12	ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲੀ ਰਕਮ, ਟੈਕਸ ਅਤੇ ਖਰਚੇ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ: \$ ਇਸ ਅਮਦਨੀ ਵਿਚੋਂ ਕਿਨ੍ਹਾਂ ਪੈਸਾ ਸਵੈ-ਤੁਜ਼ਗਾਰ ਰਾਹੀਂ ਹੈ?* \$
13	ਪਤੀ/ਪਤਨੀ (ਜਾਂ ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਦੂਜੇ ਮਤਾ/ਪਿਤਾ) ਨੂੰ ਨੋਕਰੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ: ( )
14	ਤੁਹਾਡੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ (ਜਾਂ ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਦੂਜੇ ਮਤਾ/ਪਿਤਾ) ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਮਿਲੀ ਰਕਮ, ਟੈਕਸ ਅਤੇ ਖਰਚੇ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ: \$ ਇਸ ਅਮਦਨੀ ਵਿਚੋਂ ਕਿਨ੍ਹਾਂ ਪੈਸਾ ਸਵੈ-ਤੁਜ਼ਗਾਰ ਰਾਹੀਂ ਹੈ?* \$
*ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ (ਜਾਂ ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਦੂਜੇ ਮਤਾ/ਪਿਤਾ) ਆਪਣਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਰਿਅਏਟਿਂਗ ਮਿਲ ਸਕਣੀਆਂ ਹਨ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਅਰਜੀ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-KIDS-NOW ਨੰਬਰ ਤੋਂ ਫੋਨ ਕਰੋ।	

ਕਟੰਬ ਦੀ ਹੋਰ ਅਮਦਨੀ	ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਮਿਲੀ ਰਕਮ	ਇਹ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸ ਸੰਬੰਧ ਦੀ ਅਮਦਨੀ ਹੈ?
15 ਚਾਇਲਡ ਸੱਪੋਰਟ	\$	
16 ਤਲਕ ਬਾਬਾਦ ਦਾ ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ	\$	
17 ਸੋਲ ਸਿਵਿਵਿਰਿਟੀ ਵਾਲੇ ਪੈਸੇ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ	\$	
18 ਬੇਉਜ਼ਗਾਰੀ ਭੱਤੇ	\$	
19 ਨਿਵੇਸ਼ ਤੋਂ ਅਮਦਨੀ/ਵਿਆਜ/ਭਿਵੀਡੈਂਡ	\$	
20 ਸਾਬਤ ਫੌਜੀ ਦੇ ਭੱਤੇ	\$	
21 ਲੋਬਰ ਮੈਡ ਐਂਡਮੈਂਟ	\$	
22 ਮਿਲਟਰੀ ਅਲੋਟਮੈਂਟ	\$	
23 ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ)	\$	

ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਕੀ ਉਹਨਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਅਵਧੀ ਦੇ ਅਜਿਹੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿਲਾਂ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਹਾਲਾਂ ਨਹੀਂ ਹੋਈ? ਹਾਂ  ਨਹੀਂ   
ਜੇ 'ਹਾਂ' ਤਾਂ ਜਿਹੜੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪੁਨਰਵਿਚਾਰ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਸਾਰੇ ਕਟੰਬ ਦੀ ਅਮਦਨੀ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਭੇਜੋ।

**ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ** ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚਿਆਂ ਕੋਲ ਕੋਈ ਸੋਹਤ ਬੀਮਾ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਬਾਰੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ।

25 A	ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ <input type="checkbox"/> ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਕੀ ਉਸ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਵਿਚ ਭਾਵਰਤ, ਕੀ ਉਹਨਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਹਸਪਤਾਲ, ਐਕਸ-ਰੋ (ਰੋਡਕਿਊਲੋਨੀ) ਅਤੇ ਲੈਬਰਟਰੀ ਬੀਮਾ ਹੈ? ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>	25 B	ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਕੀ ਉਸ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਵਿਚ ਭਾਵਰਤ, ਕੀ ਉਹਨਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਦੋ ਹੋਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਕੰਮ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਬੀਮੇ ਨਾਲ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਹੇ ਹਨ? ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>	26 A	ਕੀ ਪਿਛਲੇ 8 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਕੰਮ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਬੀਮੇ ਨਾਲ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਹੇ ਹਨ? ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>	26 B	ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਕੀ ਆਸਰਤਾਂ ਲਈ ਬੀਮੇ ਦੀ ਕਿਸਤ \$450 ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨਾ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸੀ? ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
27	ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦੇ ਜਾਬਾਬ ਵਿਚ 'ਹਾਂ' ਤੋਂ ਸਹੀ ਕੀਤਾ ਹੈ (25 a ਜਾਂ b, ਜਾਂ, 26 a ਜਾਂ b), ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿੱਖੋ:						

### ਬੱਚੇ ਦੀ ਨਸਲ/ਜਾਤੀ ਪਿਛੋਕੜ ਸੰਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਵਾਲੰਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ)

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲੋਂ ਵਾਲੰਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਨਸਲ ਜਾਂ ਜਾਤੀ ਪਿਛੋਕੜ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਲਭਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਉਪਰ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।	<input type="checkbox"/> ਆਮੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਮੂਲ ਅਲਾਸਕਾ ਵਾਸੀ <input type="checkbox"/> ਹਵਾਈ ਜਾਂ ਸ਼ਾਂਤ ਮਹਾਸ਼ਾਗਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਟਾਪੂਆਂ ਦੇ ਮੂਲ ਵਾਸੀ	<input type="checkbox"/> ਏਸੀਅਨ <input type="checkbox"/> ਗੋਰਾ	<input type="checkbox"/> ਕਾਲਾ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ	<input type="checkbox"/> ਹਿਸਪਾਨਿਕ ਜਾਂ ਲੈਟੈਨੀ
‘ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਅੰਡ ਸੋਸਲ ਐੰਡ ਹੈਲਥ ਸਰਵਿਸਿਜ਼’ ਦੁਆਰਾ ਉਸਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ ਸਰਗਰਮੀ ਵਿਚ ਵਿਤਕਰੇ ਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਮਤ, ਰਸਨਾਤਿਕ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਮੂਲ ਦੋਸ਼, ਧਰਮ, ਉਮਰ, ਲੰਗ ਜਾਂ ਅਸਮਰਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਬਾਹਰ ਨਹੀਂ ਰਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।				

### ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ

ਇਹ ਅਤੇ ਕੋਈ ਕੋਈ ਵੱਡੀ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਰਾਹ ਲਈ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਆਕਤੀ ਨੂੰ ਨਕਲੀ ਭੱਤਾ, ਬੇਈਕ ਫੂਡ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਲਾਭ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮਿਲਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਜੇ ਕੋਈ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਅਰਜੀ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-KIDS-NOW ਨੰਬਰ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲਿੱਖੋ।

- ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਂਦੀ ਹੈ DSHS ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਮੰਗ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਬੂਤ ਇੱਕਾਂ ਕਰਨ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵਿਆਕਤੀ ਦੀ ਨਕਲੀ ਭੱਤਾ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀਆਂ ਵੱਡੀਆਂ ਸ਼ਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ‘ਇਕੀਗਰੇਸ਼ਨ ਐੰਡ ਨੈਚੁਰਲਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਸਰਵਿਸ’ (INS) ਨਾਲ ਸੰਝਿਆਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਸਿਹਤ ਦੇਖਾਲ ਲਾਭ ਮੰਗ ਕੀਤੇ ਹੋ ਅਤੇ ਲੈ ਕੇ ਤੁਸੀਂ ਵਾਹਿੰਗਾਨ ਸਟੇਟ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਾਲ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇਣ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤੀਜੇ ਪੱਖ ਨੂੰ ਸੋਹਤ ਦੀ ਦੇਖਾਲ ਲਈ ਅਦਾਇਗੀ ਦਾ ਹੋਰ ਦੋਚੇ ਹੋ।
- DSHS ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਆਤ ਬਾਰੇ ਪਿਛੋਕੜ ਨੂੰ ‘ਚਾਇਲਡ ਪ੍ਰੋਡਾਇਲ ਇਨਸੂਲਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਟੈਰਿਕਿਂ ਸਿਸਟਮ’ ਨਾਲ ਸੰਝਿਆਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

<b>ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ</b> ਇਸ ਅਰਜੀ ਵਿਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੈਂ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਈ ਹੈ। ਮੈਂ ਚੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇਣ ਤੋਂ ਦੰਡ ਦੇ ਪ੍ਰਾਵਧਾਨ ਦੇ ਅੰਤਰਗਤ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜੀ ਵਿਚ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਸ਼ਕਦੀ ਹੈ।	ਅਰਜੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ
X	ਤਾਰੀਖ

<b>ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ:</b> Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449	<b>ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ:</b> ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਜਾਂ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮਨ ਵਿਚ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੋਂ ਫੋਨ ਕਰੋ: <b>1-877-KIDS-NOW.</b> (1-877-543-7669)
---	--